

Henke, Klaus-Dirk

Article — Digitized Version

Selbstbeteiligung als Kostenbremse?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk (1976) : Selbstbeteiligung als Kostenbremse?, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 56, Iss. 5, pp. 236-239

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/134947>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

SOZIALPOLITIK

Selbstbeteiligung als Kostenbremse?

Klaus-Dirk Henke, Marburg

Angesichts der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird häufig eine stärkere Selbstbeteiligung der Patienten gefordert. Die FDP schlug in diesem Zusammenhang einen Wahltarif in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Führt die Einführung eines Wahltarifs tatsächlich zu Kostensenkungen?

Der Vorschlag einer individuellen Selbstbeteiligung an den Kosten des Gesundheitswesens hat eine Eindämmung der in den letzten Jahren stark angestiegenen Gesundheitskosten zum Ziel. Die direkte Übernahme eines Teils der Gesundheitskosten durch den Patienten soll eine Stärkung des Kostenbewußtseins bewirken und dadurch zu einer Einschränkung eines als „überflüssig“ angesehenen Teils der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führen.

Von den Freien Demokraten stammt in diesem Zusammenhang die Idee, einen sogenannten Wahltarif einzuführen¹⁾. Diese Versicherungsform sieht für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die einen direkten Eigenbetrag in Form einer Selbstbeteiligung übernehmen, eine Ermäßigung des Standardtarifs vor. Bei Verwirklichung dieses Vorschlags würde also aus der Solidargemeinschaft der Versicherten ein „Individualanteil“ herausgelöst; im System der gesetzlichen Krankenversicherung, für die dieser Vorschlag allein konzipiert ist, käme es zu einer grundsätzlichen Änderung.

In der Auseinandersetzung über die Verwirklichung des FDP-Vorschlags fällt nun auf, daß sie unter politischen Vorzeichen von den Koalitionspartnern zu einem Streit über die Grundsätze der Gesundheitspolitik genutzt wird²⁾ und daß sie unter sach-

lichen Aspekten ins technische Detail eines Wahltarifs führt. Was eine Selbstbeteiligung als Maßnahme jedoch für die gewünschte Kostensenkung leisten kann, bleibt weitgehend unbekannt. Da dieser Plan jedoch gerade unter Hinweis auf seinen Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitsbereich erarbeitet wurde, soll im folgenden die Bedeutung des FDP-Wahltarifs für die Eindämmung der sogenannten Kostenexplosion im Vordergrund stehen³⁾.

Abgrenzung des Kostenbegriffs

Zu einer Abschätzung der Kostenersparnisse ist zunächst ein präziser Kostenbegriff erforderlich. So kann z. B. nur eine finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung gemeint sein, wenn von einer erwünschten Kostensenkung die Rede ist. Diese Entlastung ergibt sich schon dann, wenn bei gleicher Kostensumme eine Umstrukturierung der Zahlungen von den gesetzlichen Krankenversicherungen zu den Patienten vorgenommen wird, also unabhängig davon, ob es zu einer Einschränkung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kommt. In Wirklichkeit handelt es sich in diesem Fall nur um eine formale Kostenverlagerung von den Kassen auf die privaten Haushalte. Eine derartige „Kostensenkung“ kann also nicht gemeint sein, wenn der Kostenanstieg im Gesundheitssektor gedämpft werden soll.

Dr. Klaus-Dirk Henke, 33, ist Dozent am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Philipps-Universität Marburg. Seit April 1976 verwaltet er den Lehrstuhl D für Volkswirtschaftslehre (Finanzwissenschaft) an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Technischen Universität Hannover, auf den er Ende 1975 einen Ruf erhielt.

¹⁾ Vgl. dazu „Wahltarif in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV); Lösungsskizze für einen Modellversuch“, Bonn 1975, beziehbar durch die FDP-Fraktion in Bonn.

²⁾ Vgl. hierzu die Berichterstattung in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 22. 11. 1975, 12. 12. und 17. 12. 1975 sowie vom 26. 1. 1976.

³⁾ Nicht erörtert wird hier also die Forderung nach höherer Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten im Falle einer ungesunden Lebensweise. Zur Selbstbeteiligung als Möglichkeit der Beeinflussung der Lebensweise vgl. K.-D. Henke: Die Verteilungswirkungen öffentlicher Infrastrukturausgaben im Gesundheitsbereich — Ein Beitrag zur Messung und Beeinflussung des gruppenspezifischen Versorgungsniveaus im Gesundheitsbereich, Habilitationsschrift, Marburg 1976.

Damit sei nicht verkannt, daß eine solche Kosten-senkung von politischer Seite möglicherweise schon als ein Erfolg gewertet würde. Unter Hinweis auf den vielleicht sinkenden Standardtarif könnte dann nämlich – allerdings unkorrekt – argumentiert werden, die Belastung der privaten Haushalte mit Gesundheitsausgaben habe abgenommen. Hier zeigt sich deutlich, daß die Wahl bzw. Abgrenzung des Kostenbegriffs für die Frage nach den Kostenersparnissen bei Einführung eines Wahltarifs mitentscheidend ist.

Geht man daher sinnvollerweise davon aus, daß durch die Eigenbeteiligung in Form eines Wahl-tarifs die gesamten Kosten im Gesundheitswesen verringert und nicht nur Teile von ihnen verlagert werden sollen, muß ein umfassenderer Kostenbe-griff zugrunde gelegt werden. Dann kommt es zu einer Eindämmung der Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte allerdings nur – und damit ist wohl der Kern des Vorschlags bezeichnet –, wenn durch die Selbstbeteiligung entweder ein Teil der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entfällt oder – unabhängig davon – die Organisation des Gesundheitswesens verbessert wird und damit Einsparungen hervorgerufen werden.

Wird zunächst von den Rationalisierungsmöglich-keiten abgesehen, so muß für die Überprüfung der Wirkung einer Eigenbeteiligung auf die Nach-frage nach Gesundheitsleistungen ermittelt werden, für welche Bevölkerungsgruppen und für welche Gesundheitsleistungen der Wahltarif über-haupt in Frage kommt.

Gesundheitsleistungen mit Eigenbeteiligung

Nach den Vorstellungen der FDP sollen beispiele-weise Vorsorgeuntersuchungen nicht der Eigen-beteiligung unterliegen, da befürchtet wird, daß an ihnen – und damit an falscher Stelle – im Falle der Eigenbeteiligung gespart würde. Der Verzicht auf die Inanspruchnahme von Präventivunter-suchungen könnte, so ließe sich argumentieren, langfristig mit einem höheren Preis in Form von dann unvermeidlichen Behandlungskosten von zu spät entdeckten Krankheiten bezahlt werden. Diese Argumentation setzt freilich voraus, daß nach der Nutzung der Präventivuntersuchung im Falle von Verdachtsdiagnosen auch weitere Schritte sei-tens des Patienten unternommen werden. Im Falle einer Verdachtsdiagnose besonders gefährlicher Krankheiten ist der kostensparende Wert der Prä-ventivuntersuchungen zweifellos höher als bei der Diagnose weniger gefährlicher Krankheiten, auf-grund derer die sogenannte sekundäre Prävention oft unterbleibt. Die Nutzung von Präventivunter-suchungen stellt also im FDP-Plan einen „Ausnah-mebereich“ dar.

Ebenso sollen nach diesen Vorstellungen die Ko-sten der Krankenhauspflege und auch der Kauf von Arzneimitteln nicht zu den der Eigenbeteiligung unterliegenden Leistungen zählen. Unter Kosten-aspekten fällt auf, daß damit Bereiche mit einem hohen Anteil an den Gesamtkosten im Gesund-heitswesen von einer Eigenbeteiligung ausgenom-men sind. Daraus ergibt sich die Folgerung, daß die in Frage kommenden Eigenbeteiligungen über-wiegend im Bereich der ambulanten Leistungen liegen, also Leistungen, die in erster Linie von den niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Für diesen Bereich gilt es, die „überflüssigen“ Leistungen unter medizinischen und eventuell auch nach anderen Gesichtspunkten zu bestimmen und der Eigenbeteiligung zu unterwerfen. Die Pro-blematik dieser Entscheidung liegt auf der Hand; nicht nur die genaue Bezeichnung der Überflüssig-keit ist eine heikle Aufgabe, auch die verteilungs-politischen Implikationen eines solchen Verfah-rens dürfen nicht verkannt werden.

Veränderte Streuung der Risiken

Neben der Bestimmung der Art der Gesundheits-leistungen, die überhaupt für den Wahltarif in Be-tracht kommen, ist weiter zu klären, wer ihn ab-schließen darf. Hinsichtlich der Krankenversicher-ten, die für den Abschluß des Wahltarifs in Frage kommen, wird man den sozial Schwachen und den chronisch Kranken, soweit ihre Behandlungsko-sten im Rahmen der der Eigenbeteiligung unter-liegenden Leistungen bezahlt werden müßten, den Abschluß des Wahltarifs aus sozialen Gründen bzw. Gerechtigkeitserwägungen verwehren. Unter den dann verbleibenden Personen, die den Wahl-tarif abschließen könnten, wird er für ältere Perso-nen und kinderreiche Familien nicht sonderlich at-traktiv sein, da bei denen das Krankheitsrisiko be-sonders hoch ist. Kinder und ältere Leute gehören nach den Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte zu den häufigsten Patienten; durch das Alter wird also u. a. die Häufigkeit des Arztbesuchs mitbe-stimmt. Die Personenkreise, die sich in der Ver-gangenheit ohne Hemmungen der ärztlichen und anderer Gesundheitsleistungen bedient haben und deren Nachfrage im Rahmen des Abbaus „überflüssiger“ Leistungen besondere Bedeutung zukommt, werden kaum zu einem Wahltarif über-wechseln. Auf sie dürfte der Vorschlag aber u. a. abzielen; doch versagt hier der Effekt wahrschein-lich wegen des Freiwilligkeitscharakters der vor-geschlagenen Maßnahme. Für diesen Personen-kreis wären daher nutzungsabhängige Eigenlei-stungen, also Rezeptgebühr usw., adäquatere In-strumente, die aber wiederum die sozial Schwa-chen unter den „Sparsamen“ hart treffen können.

Schließen aber vorwiegend nur die sich gesund fühlenden Personen die Wahltarife ab und behalten die sich krank fühlenden und die von der Wahlmöglichkeit ausgeschlossenen Personen den Standardtarif bei, so ergibt sich für die gesetzliche Krankenversicherung eine veränderte Streuung der Risiken. „Schlechtere Risiken“ bleiben voraussichtlich zu den Bedingungen des Standardtarifs im „Solidaranteil“ der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, während die „besseren Risiken“ den Wahltarif und damit den „Individualanteil“ der gesetzlichen Krankenversicherung vorziehen werden. Dadurch würde sich zwangsläufig eine Verteuerung des Standardtarifs ergeben. Die daraus resultierende höhere Belastung für die Personen, die im Rahmen des Standardtarifs die ärztlichen Leistungen häufig in Anspruch nehmen, soll jedoch aus sozialen Erwägungen vermieden werden. Dann muß entweder der Staat bzw. der Steuerzahler die entstehende Beitragslücke im Solidaranteil der gesetzlichen Krankenversicherung finanzieren, oder die Personen, die den Wahltarif abschließen, erhalten nicht die Tarifiermäßigung, die ihnen gemäß ihrer Eigenbeteiligung zustünde.

Wird der zweite Weg eingeschlagen – und ihn sieht die FDP vor –, so ist die Beitragsermäßigung für die Personen, die sich zum Wahltarif versichern lassen wollen, niedriger, als es ihrer Eigen-

beteiligung entspricht. Sie finanzieren die Beitragslücke im Solidaranteil der gesetzlichen Krankenversicherung, in dem sich die schlechteren Risiken nunmehr konzentrieren. Dieser horizontale Verteilungseffekt von „Gesunden“ auf „Kranke“ wird beim alleinigen Blick auf den Wahltarif leicht übersehen.

Was nun der einzelne bei Abschluß des Wahltarifs sparen bzw. verlieren kann, soll an folgendem Beispiel eines gesunden und kranken Versicherungsnehmers mit Wahltarif verdeutlicht werden.

Geringere Ersparnismöglichkeiten

Die gesunde zum Wahltarif versicherte Person, die im Zeitraum der Gültigkeit des Wahltarifs nicht erkrankt ist bzw. keine Kostenerstattung vornimmt, spart die volle Differenz zwischen dem alten Standardtarif und dem ermäßigten Wahltarif. Im Falle des FDP-Vorschlags handelte es sich bei einem monatlichen Einkommen des Versicherten von 2000 DM um eine Beitragsermäßigung in der Größenordnung von etwa 20 DM monatlich. Bei dauerhafter Gesundheit ergibt sich also eine jährliche Ersparnis von 240 DM.

Wird ein Versicherungsnehmer, der zum Wahltarif versichert ist, krank, zahlt er im Rahmen der der Eigenbeteiligung unterliegenden Leistungen bis zu einer Obergrenze, bevor die Leistungen der Krankenversicherung einsetzen. Beträge für ihn die Maximalbeteiligung beispielsweise 360 DM jährlich, so beliefe sich die zusätzliche Belastung für Personen, deren Kosten für die der Eigenbeteiligung unterliegenden Behandlungsfälle höher als 360 DM pro Jahr liegen, unter Berücksichtigung der durch den verbilligten Standardtarif gesparten 240 DM auf 120 DM jährlich. Im Extremfall einer langwierigen Behandlung würde für eine nach dem Wahltarif versicherte Person dieser Betrag Jahr für Jahr um die Summe von 120 DM über den Beitrag hinausgehen, den er bei Beibehaltung des Standardtarifs gezahlt hätte (vgl. Tabelle).

Be- bzw. Entlastung beim Vergleich von Standard- und Wahltarif für Personen mit einem Monatseinkommen von 2000 DM

Be-/Entlastung in DM
nach Abschluß des Wahltarifs jährl. monatl.

1. Entlastung im Falle dauerhafter Gesundheit	240	20
2. im Falle dauerhafter Krankheit, deren Kosten der Eigenbeteiligung unterliegen		
a) Beitragsentlastung	240	20
b) Eigenbeteiligung	360	30
c) zusätzliche Belastung	120	10

Steuer-Tips kosten wenig, sparen viel!

3 Kunststoff-Ordner, 2.000 Seiten in 30-teiligem Systemregister.

Damit sparen Sie viel Zeit: Sie brauchen in Zukunft nur noch unter dem entsprechenden Stichwort nachzulesen und haben sofort die gewünschte Auskunft!

Damit sparen Sie viel Geld: Für nur DM 29,50 (incl. Versand, zzgl. MwSt.) erhalten Sie wertvolle Tips, wie Sie alle legalen Steuervorteile ausnutzen!

Bestellen Sie unverbindlich für 14 Tage zur Ansicht oder fordern Sie kostenlos Informationsmaterial an!

VERLAG WIRTSCHAFTS- UND STEUER-HEFTE
638 BAD HOMBURG V.D.H. 1, PROMENADE 87

Am skizzierten Beispiel zeigt sich, daß die Personen, für die der Wahltarif überhaupt in Frage kommt, angesichts der relativ geringen Ersparnismöglichkeiten besonders sorgfältig überlegen werden, ob sie überhaupt überwechseln sollen. Zu Kostensenkungen im Sinne verminderter Gesamtausgaben im Gesundheitswesen kommt es nur in dem Maße, wie die Personen, die sich zum Abschluß des Wahltarifs entscheiden, ihre Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einschränken, um die Selbstbeteiligung zu vermeiden und den niedrigeren Standardtarif zu nutzen. Ob die sich in dieser Weise ergebende Kostensenkung, deren gesundheitspolitische Bedeutung im übrigen auch im Zusammenhang mit der Bestimmung der Überflüssigkeit von Gesundheitsleistungen gesehen werden muß, die Steigerungsrate aller privaten Gesundheitsausgaben merklich verringern wird, erscheint sehr ungewiß.

Diese Zweifel werden selbst dann noch verstärkt, wenn man tatsächlich einmal unterstellt, es entfielen nur wertlose Gesundheitsleistungen, und ferner annimmt, es käme zu unerwarteten erheblichen Kosteneinsparungen durch diese Einschränkung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Dann müßte angesichts der rückläufigen Nachfrage das Verhalten der Anbieter der hier im Vordergrund stehenden ambulanten Gesundheitsleistungen in die Analyse einbezogen werden. Ohne an dieser Stelle, an der die Vorschläge der FDP zu einem Wahltarif im Mittelpunkt stehen, die Besonderheiten des „Marktes“ für ärztliche Leistungen aufzuzeigen⁴⁾, sei darauf verwiesen, daß die Prüfung seiner Funktionstüchtigkeit u. a. sicherlich zu den Hauptansatzpunkten einer Ursachenanalyse der Kostenexplosion im Gesundheitswesen gehört. Schließlich müßten bei Einführung eines Wahltarifs auch noch die Kosten des neuen Abrechnungssystems, die von Praktikern als sehr hoch eingeschätzt werden⁵⁾, in die Überlegungen einbezogen werden.

Maßnahmen zur Kosteneindämmung

Der geeignete Weg zu Kosteneinsparungen scheint im Hinblick auf die kaum zu erwartende Senkung der Gesundheitskosten nicht über die Eigenbeteiligung, wie sie von der FDP in Form eines Wahltarifs in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschlagen wurde, zu führen⁶⁾. Dauerhafte Kostensenkungen sind nur durch grundsätzlichere

Veränderungen im Gesundheitswesen möglich. Zu ihnen gehört zunächst einmal die Frage nach dem wünschenswerten Umfang und nach der Struktur der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstattenden Leistungen. Sie bestimmt in erheblichem Umfang Ausmaß und Zuwachs der Gesundheitskosten. Dieses Leistungsangebot gilt als überwiegend politisch determiniert, und eine Möglichkeit der Einschränkung überflüssiger Gesundheitsleistungen wird nur im Ausnahmefall, z. B. unmittelbar nach Wahlen, als gegeben angesehen⁷⁾.

Wenn diese Einschätzung zutrifft, sind wirksame und ins Gewicht fallende Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen nur möglich, wenn die allenthalben beklagte mangelhafte Organisation und Koordination der Krankenversorgung verbessert, d. h. Rationalisierung betrieben wird. Dabei ist zu versuchen, Anreize zu schaffen, die eine Einschränkung der Gesundheitsausgaben belohnen, und es sind Mechanismen zu vermeiden, die bewirken, daß diejenigen, die die höchsten Kosten verursachen, auch am besten verdienen⁸⁾.

Zu den im Rahmen einer Neuorganisation des Gesundheitswesens notwendigen Schritten sind unter Kostenaspekten grundsätzlichere Maßnahmen als die Einführung eines Wahltarifs in der gesetzlichen Krankenkasse erforderlich. Hierzu gehören Änderungen im Angebot stationärer und ambulanten Leistungen, in der Führung und Organisation der Krankenhäuser, bei der Aushandlung der Gebührenordnung der Ärzte – von der, bei gegebenem Gesundheitsstand der Patienten, nachweislich die Wahl ihrer diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten beeinflusst wird –, in der Struktur und dem Verhalten der Kassen sowie eine weitere Verbesserung der Preistransparenz bei Arzneimitteln und anderen Gesundheitsleistungen und eine Stärkung der Position des Patienten gegenüber dem Arzt. Dies sind nur einige Beispiele für die Maßnahmen, auf deren Notwendigkeit der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in einem bisher wenig beachteten Abschnitt seines letzten Jahresgutachtens mit Nachdruck hingewiesen hat⁹⁾.

⁴⁾ Siehe dazu u. a. U. Böge: Kassenpraxis und Privatpraxis, Berlin 1973, S. 31 ff.; V. R. Fuchs: Who shall live? Health, Economics, and Social Choice, New York 1974, S. 56 ff., S. 127 ff.

⁵⁾ So z. B. von dem Mitglied der Geschäftsleitung der Deutschen Angestellten Krankenkasse in der „Zeit“, Nr. 6/1976.

⁶⁾ Wenn man dem unter Kostenaspekten nicht sehr wirksamen Vorschlag eines Wahltarifs Bedeutung im „politisch-psychologischen Bereich“ beimißt, weil er z. B. das althergebrachte System der gesetzlichen Krankenversicherung auflockert, so ergibt sich damit ein neuer Beurteilungsaspekt, dessen Operationalisierung besondere Schwierigkeiten bereitet.

⁷⁾ Wird der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschränkt, ist damit den Patienten, die zusätzliche Leistungen wünschen, die Möglichkeit nicht genommen, sie aus eigener Tasche zu bezahlen – ein Sachverhalt, der unter Berücksichtigung der zuvor bereits genannten Verteilungsgesichtspunkte zu Zielkonflikten führen kann.

⁸⁾ Vgl. zu den Aufgaben der in diesem Zusammenhang an Bedeutung gewinnenden Wirtschaftswissenschaft, z. B. innerhalb einer auch in der Bundesrepublik dringend ausbaubedürftigen Gesundheitsökonomie, den Beitrag von C. L. Schultze: Is Economics Obsolete? No, Underemployed, in: Brookings Reprint, Nr. 233, Washington, D. C., 1972, in dem er neue „Anreizsysteme“ fordert. „A task for which economics, far from being obsolete, has been too little used“. Ebenda S. 2.

⁹⁾ Vgl. Jahresgutachten 1975 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucksache 7/4326 vom 24. 11. 1975, Tz 335 f.